

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Daniel Edgardo Álvarez Garmendia

GESTION DE RECURSOS HUMANOS POR COMPETENCIA EN EL SUBSECTOR PUBLICO

2006

Citar como: Álvarez Garmendia, D. E. (2006). Gestion de recursos humanos por competencia en el subsector publico. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

1. INTRODUCCION

2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

2.1. La nueva gestión pública

2.3 Problemas generales actuales y futuros de los recursos humanos en salud en las Américas.

2.5 La gestión por competencias

2.5.1 Alcances de la gestión de recursos humanos para mandos directivos hospitalarios

2.5.2 Definiciones de competencia laboral.

2.5.3 Gestión estratégica de recursos humanos por competencias

3. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN

3.4 Situación organizacional de los hospitales de mediana y alta complejidad

3.5 Situación de los recursos humanos en los hospitales de mediana y alta complejidad

3.6 Diccionario de competencias específicas para conducción hospitalaria

3.6.1. Metodología

3.6.2 Recolección y análisis de datos

3.6.3 Diccionario de competencias específicas principales

4. CONCLUSIONES

4. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

Las capacidades, habilidades y motivaciones de los recursos humanos son el activo estratégico más importante de las organizaciones modernas y su gestión es uno de los principales desafíos estratégicos.

El presente trabajo tiene como objetivo el desarrollo de un diccionario de competencias específicas principales para los mandos directivos de los hospitales de mediana y alta complejidad del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA).

Se realizó un estudio de caso a partir de fuentes primarias (trabajo de campo) y secundarias. Se aplicó como instrumento de recolección un cuestionario estructurado con la posibilidad de incorporar aportes de los encuestados a partir de su conocimiento experto en gestión sanitaria

El Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán está trabajando en base a un diagnóstico de situación que dio origen al Plan Cuatrienal (*MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2004*)^{20a}, en el contexto del Plan Federal de Salud. Este Plan ha permitido la generación de iniciativas coordinadas para revertir la catastrófica situación sanitaria de la provincia. La evaluación del alcance de las metas propuestas se realizó mediante auditoría externa (OPS/OMS) del cumplimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (*MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 2004*)^{19a}. Esta evaluación externa permitió delimitar y enfocar áreas donde se debía poner énfasis para lograr una mejora mayor de la situación sanitaria de la provincia.

La evaluación externa, determinó que la Función Esencial N° 8: “Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública” presenta como debilidades:

- La inexistencia de la capacidad de planificación

- Falta de un diagnóstico de las necesidades reales de recursos humanos, actualizado y que contemple vacantes y necesidades futuras

- Falta de un diagnóstico sobre las necesidades y prioridades para la capacitación en salud pública

Debido a que el 48% de la población no tiene cobertura explícita en salud y se atiende en el subsector público, y de acuerdo a las metas del Plan Cuatrienal (*MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.2004*)^{20b}, se ha avanzado en el fortalecimiento del sistema de salud en general, tomando la iniciativa de la implementación de sistemas de información como una necesidad crítica del sistema sanitario para la toma de decisiones y para mejorar la calidad de atención de la comunidad.

Este cambio también abarca a la gestión hospitalaria, lo que generará una reingeniería completa de los procesos y de las actividades, como así también del monitoreo, control y corrección de los desvíos de los estándares establecidos, con el objetivo de garantizar una calidad de atención adecuada para la comunidad.

Al hacer el abordaje hospitalario se hace evidente que el factor que brindará sustentabilidad a los procesos de cambio organizacional son los recursos humanos.

En este sentido, en la implementación del cambio organizacional en general y de la implementación de sistemas de información para la toma de decisiones en particular, los actores críticos son los mandos directivos de los hospitales (director, subdirectores y gerentes administrativos) de quienes resulta de la mayor relevancia su alineación estratégica y competencia, entendiendo por ello “la característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación” (*Alles, Martha 2005*)^{4a}.

De ello se desprende que en las instituciones hospitalarias se evidencia la necesidad de contar con un Sistema de Gestión de Recursos Humanos que permita hacer una adecuada planificación estratégica de los mismos.

Este sistema de gestión debería permitir el diagnóstico de situación, la selección, el armado de un plan de capacitación de acuerdo a las necesidades del sistema y de las posibilidades de los empleados, y el armado de planes de sucesión.

2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

2.1. La nueva gestión pública

El fenómeno de la Nueva Gestión Pública (NGP), o también referenciado como New Public Management (NPM), aunque se inserta en un proceso global de transformación del Estado, se ha difundido enérgicamente a nivel mundial como eje central para el cambio y la modernización de las administraciones públicas en países con tradiciones institucionales tan disímiles como Estados Unidos, Suecia, Gran Bretaña, Francia, Australia, incluyendo a países de América Latina.

Gravita en torno al concepto de reforma del estado, un supuesto que sostiene que su ejercicio conduce a un gobierno más económico y eficiente, con servicios de mayor calidad y programas más eficaces, y además, simultáneamente, introduce cambios como la ampliación del control político, mayor libertad a los gerentes para que lleven a cabo su gestión, mayor transparencia gubernamental y una mejora de la imagen de aquellos ministros y líderes más comprometidos.

Si bien puede considerarse la reforma administrativa como un subconjunto de todo el desempeño político, no una serie de esfuerzos técnicos separados de ella, el modelo reconoce a la reforma de la gestión pública como una serie de cambios intencionales de las estructuras y procesos de organizaciones del sector público con el objetivo de que funcionen mejor. En correspondencia con esta definición básica, la etapa inicial de la reforma se caracterizó por la aplicación de las tecnologías de gestión privada en el ámbito de las organizaciones públicas, la racionalización de estructuras y procedimientos, la revisión de los procesos de toma de decisiones y el incremento de la productividad de los empleados públicos.

Si bien hubo muchas iniciativas en este sentido, una de las más visibles y difundidas fue la que tuvo lugar cuando la administración Clinton llevó a cabo un estudio del sector público, el “Análisis de la Actuación Nacional (NPR)”, con el objeto de impulsar un gobierno que ponga a la gente en primer lugar, mediante la creación de un claro sentido de misión, tomando el timón más que los remos, delegando autoridad, sustituyendo normas y regulaciones por incentivos, formulando objetivos por resultados, buscando soluciones de mercado más que soluciones administrativas, y cuando ello fuese posible midiendo el éxito de las acciones de gobierno en términos de satisfacción del usuario.

El Plan Cuatrienal elaborado por el Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán avanzó claramente en este sentido, desde el mismo momento que se preparó el diagnóstico de la situación sanitaria provincial en colaboración con organismos multinacionales como

OPS/OMS y con la participación de CIPPEC, organización no gubernamental de reconocido prestigio. El diagnóstico de situación realizado y el Plan Cuatrienal propulsaron una serie de reformas administrativas que incluyeron la reformulación de la ley de creación del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) y su sistema de gobierno con el objeto de convertirlo en un ente descentralizado menos burocrático, más eficiente y con capacidad para ejecutar los lineamientos sanitarios trazados por el Ministerio de Salud.

Esta modificación del sistema sanitario provincial tuvo impacto directo en la capacidad de respuesta del mismo a las necesidades de la comunidad, pero al mismo tiempo planteó la necesidad de “nuevos” abordajes con el objeto de fortalecer la capacidad institucional.

Dentro del sistema sanitario provincial, los hospitales fueron un reflejo de los problemas sin resolución y de los desafíos futuros como organizaciones con necesidades de evolución para afrontar una nueva forma de gestión.

2.3 Problemas generales actuales y futuros de los recursos humanos en salud en las Américas

Las políticas de ajuste estructural que se aplican en la región llevan en muchos casos, a que la reforma del sector sea vista como prioridad, debido a los imperativos financieros de reducción de los gastos públicos. Como consecuencia, los ministerios de salud buscan la reestructuración del sector como un marco de desarrollo de los procesos de reforma del estado, orientados por una creciente liberalización de la economía.

De acuerdo a un estudio Delphi realizado en el año 2002 por OPS/OMS (OPS/OMS, 2002)^{25a} se pudieron identificar los problemas y los desafíos que afectan a toda la región y por lo tanto nuestro país y la provincia de Tucumán.

El abordaje multidimensional, interdisciplinario con el mayor compromiso por parte de los decisores a nivel político, es necesario para la construcción de un nuevo modelo gestión de recursos humanos que contemple las necesidades a nivel regional (MOTTA, Paulo R.2001)^{23a}.

Problemas actuales

- a) Falta de priorización por parte de la autoridad sanitaria
- b) Relevancia de la problemática de RRHH solo en relación a la conflictividad laboral
- c) Problemática de los RRHH como variable de ajuste en las reformas del sector

Problemas referidos a la formación de los RRHH

- a) Falta de planificación de la formación de los RRHH en relación a la demanda
- b) Falta de coordinación de las instituciones formadoras con la autoridad sanitaria
- c) Poca adecuación de los RRHH a las necesidades de los servicios

Problemas relacionados a la educación permanente y perfeccionamiento continuo

- a) Falta de evaluación sobre la eficacia y efectividad de las acciones de capacitación
- b) Acciones de capacitación y actualización permanente diseminadas y aisladas sin priorización de las necesidades y problemas de los sistemas y servicios
- c) Falta de unidad organizativa con función de rectoría en materia de capacitación y actualización permanente de los RRHH

Problemas relacionados a la gestión de RRHH

- a) Falta de incentivos a la productividad y a la calidad
- b) Predominio de una administración de personal con énfasis en lo normativo
- c) Poca claridad de los objetivos de la política de salud
- d) Falta de espacios de participación de los actores que permitan acordar prioridades, metas y objetivos

Escenarios futuros de los RRHH

Los RRHH tomarán protagonismos dentro de las agendas

Mayor precarización del trabajo.

Se plantearán políticas de formación de recursos humanos de acuerdo a las necesidades del sistema de salud

No se modificará la tendencia de no injerencia en cuanto a la coordinación de las instituciones formadoras por parte de la autoridad regulatoria.

Se desarrollarán instancias para la planificación de las necesidades de los RRHH en salud.

Habrà sobreoferta de fuerza de trabajo en algunos grupos profesionales y carencia de otros.

Las residencias médicas no serán utilizadas como mecanismos de regulación de la oferta de servicios médicos.

La capacitación será conceptualizada como medio para la mejora de la eficacia y la eficiencia de la organización de los servicios de salud.

No se incrementarán los niveles de ausentismo de personal en todos los niveles y el incumplimiento de los horarios por los bajos salarios.

nuevo modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la flexibilidad laboral (*Cuadro comparativo N° 1*).

Los cambios que implican las reformas en los servicios públicos han transformado las condiciones institucionales de la gestión. Se está dando un vuelco muy importante tanto en la

Cuadro Comparativo N° 1: Doble agenda de la gestión de los RRHH en las reformas sectoriales. (Fuente: Novick, Marta, Galin Pedro. 2003)

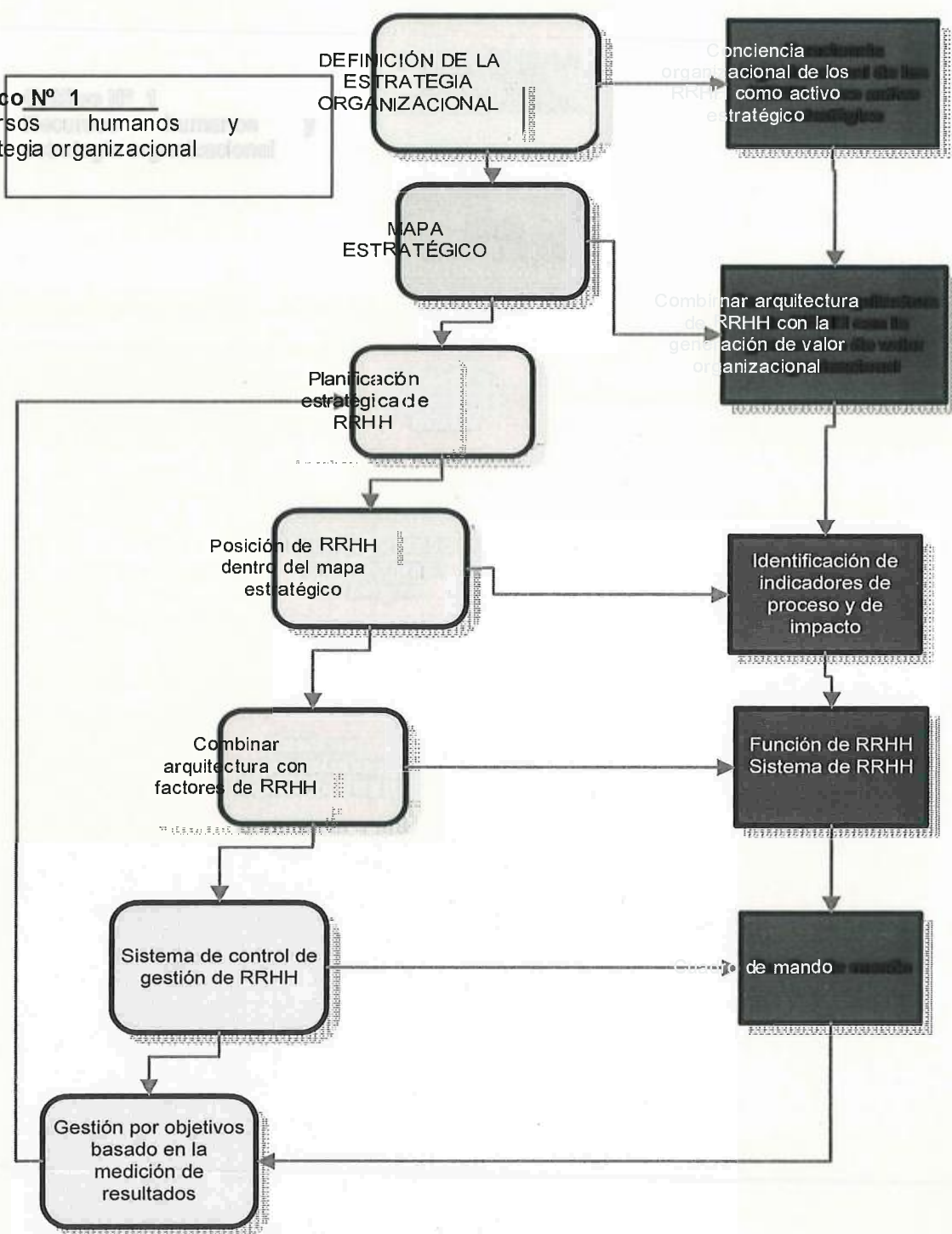
Vieja agenda	Nueva agenda
Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo	Gestión pública de RRHH: no más exclusivamente administración del personal propio
Importancia significativa del Sector Salud como generador de empleo	Gestión de personal en un sector cuyo empleo no crece o disminuye
Carreras en el sistema sanitario y estabilidad laboral en un marco regulatorio protector	Gestión descentralizada
Insuficiente gestión y evaluación del desempeño	Gestión de la calidad y la productividad
Escasa gestión de los sistemas de compensación e incentivos	Tendencia creciente, y preocupante, a gestión de empleo flexible
Fragmentación de procesos laborales	Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para similares categorías ocupacionales
Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto	Tendencia a la precarización en un marco de empleo público restringido
Problemas de motivación, ausentismo y poca participación	Competencia por recursos financieros y por personal
Retraso y rigidez normativa	Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal
Debilidad técnica de la función de gestión de RRHH	
Escasa visibilidad y prioridad política.	

2.5 La gestión por competencias

2.5.1 Alcances de la gestión de recursos humanos para mandos directivos hospitalarios

Se han desarrollado muchas herramientas para el mejoramiento de las capacidades de gestión. Aproximaciones basadas en “la resolución de problemas” y los incentivos de acuerdo al rendimiento han sido los más populares. Sin embargo, poco se conoce acerca de la efectividad y sustentabilidad de éstos abordajes. Aún más significativo es el desconocimiento que se tiene sobre los resultados sobre las capacidades del sistema sanitario. Muchos países han realizado importantes reformas y han encarado múltiples iniciativas y la pregunta central continua siendo: cuál es la mejor elección para construir y sostener las capacidades necesarias de gestión de los niveles superiores de decisión?

Gráfico N° 1
Recursos humanos y estrategia organizacional



Probablemente la respuesta este dada por un abordaje multidimensional de la problemática del desarrollo de los recursos humanos. (ALLES, Martha. 2005)^{2a}.

Los mandos directivos hospitalarios tienen un rol “bilingüe” al ser los traductores de los objetivos institucionales hacia dentro de la organización hospitalaria y la comunidad, y en el sentido inverso, intérpretes de las necesidades de la comunidad y del hospital como organización hacia el nivel de decisión central.

Más allá de cualquiera de las metodologías elegidas para construir capacidad organizacional y mejorar el capital humano, su efectividad dependerá de la alineación estratégica de los recursos humanos en la propuesta de generación de valor organizacional.

De acuerdo a la magnitud de la propuesta y potencial impacto organizacional consideramos que es necesario un análisis exhaustivo de los valores y el compromiso con los objetivos estratégicos de la política sanitaria de aquellos actores gestores de la respuesta sanitaria directa a la comunidad en el contexto de organizaciones profesionales, planas con escasos mandos intermedios y con conocimiento experto volcado directamente en la servucción sanitaria.

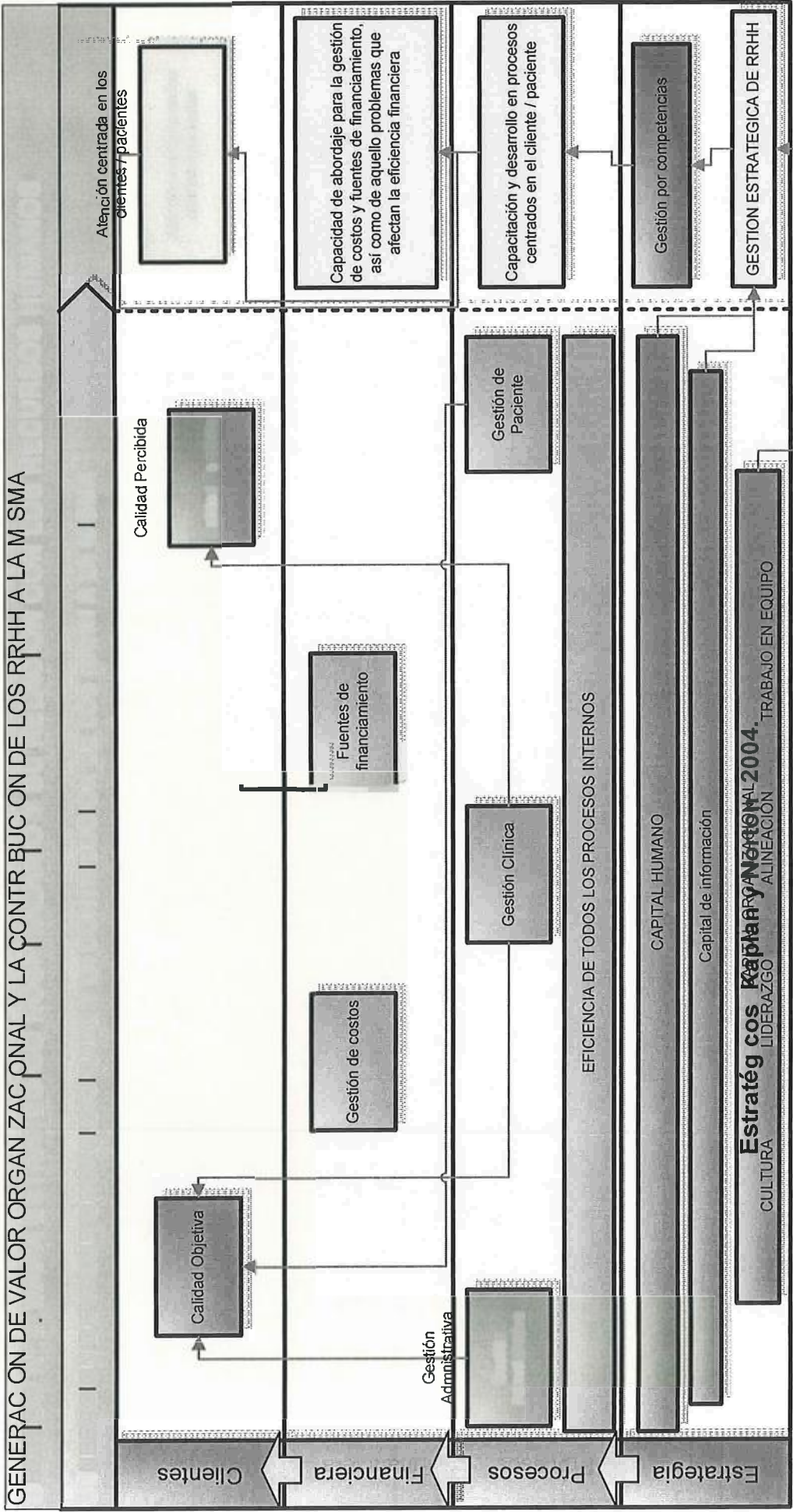
Es necesario además tener en cuenta el contexto donde los recursos humanos se desenvuelven. Tanto desde el punto de vista del hospital en sí como las dimensiones macro de política sanitaria.

Se debe tener en cuenta la dificultad desde el punto de vista de las instituciones públicas en avanzar hacia escenarios económicos-financieros (y políticos) propicios para la puesta en marcha de acciones que contribuirán a la eficacia organizacional. Como ejemplo de esto se puede citar la influencia negativa de la lentitud de implementación de la descentralización hospitalaria. Es necesario comprender este comportamiento paradójico, empezando por identificar con los decisores políticos aquellos presupuestos implícitos que afectan la dinámica y el comportamiento de los ministerios de salud y el gobierno y que afectaran la calidad de atención en el corto, mediano y largo plazo.

2.5.2 Definiciones de competencia laboral

El desarrollo de abordajes para la gestión de recursos humanos desde el punto de vista de las competencias laborales ha reconocido una multiplicidad de iniciativas tanto públicas,

GRAFICO N° 2 MAPA ESTRATEGICO HOSPITAL Y SU RELACION CON LOS RECURSOS HUMANOS



Fuente: Modificado de Mapas

como privadas, en instituciones particulares y de organizaciones multinacionales, así como gobiernos de una diversidad de países.

El objetivo común de todas éstas iniciativas ha sido lograr la eficacia organizacional, reconociendo en el capital humano el mayor de los activos intangibles de las instituciones.

Es necesario entonces referenciar algunas definiciones de competencias laborales:

Por lo que se podría decir que las competencias:

Se refieren la capacidad de los individuos para resolver situaciones.

Se vinculan a una tarea o a una actividad determinada.

Son un conjunto de saberes articulados con habilidades y rasgos de personalidad que ha ido acumulando durante años y que son producto de la experiencia.

Las aptitudes y los rasgos de personalidad se definen como diferencias entre los individuos, mientras que las competencias están estrechamente ligadas a las actividades profesionales y, más concretamente, a las misiones que forman parte de un puesto.

Se observan en el desempeño de los comportamientos observables, en el ejercicio de un puesto de trabajo que conduce al éxito profesional en ese puesto.

2.5.3 Gestión estratégica de recursos humanos por competencias

Consideramos que el sistema de RRHH será el eje en el cuál se articulará la estrategia general de la organización y la gestión de RRHH.

Por ser éste el elemento más sustantivo identificado, el sistema de RRHH debe contemplar las siguientes funciones:

Funciones vinculadas a la evaluación de la contribución en el producto específico de la unidad funcional. Valoración de la Productividad.

Funciones vinculadas a la valoración de la identidad institucional. Promoción de la Cultura Institucional.

Funciones vinculadas a los incentivos.

Funciones relacionadas al desarrollo de los RRHH.

Funciones relacionadas a la movilidad entre cargos.

Desde el punto de vista de la organización general de los recursos humanos dentro de la organización se deberá tener en cuenta los componentes de un sistema de gestión por competencias cuyos pilares serán:

○ Identificación de competencias

Por análisis funcional, las metodologías caracterizadas por centrarse en la identificación de competencias claves, de corte conductista y de desarrollo de un currículo.

○ Normatización de competencias

Desarrollo de sistemas normatizados, de tal forma que permita que la competencia identificada y descrita con un procedimiento común, se convierta en una norma, un referente válido para los trabajadores, los empleadores y los clientes externos.

○ Formación basada en las competencias

La elaboración de currículos será más eficiente si se considera su orientación hacia la norma. Así mismo las estrategias pedagógicas deberán estar alineadas con las necesidades de la organización y esto podrá implicar que las mismas sean más flexibles que las tradicionales.

La formación favorecerá el protagonismo de los participantes en el proceso siendo actores fundamentales en la generación de ideas respecto de lo que consideran que necesitan para su formación (ritmo, materiales didácticos y contenidos).

Es necesario tener en cuenta cuáles son las competencias que necesita desarrollar la organización y cuál va ser la estrategia educativa que se va a implementar, porque puede no coincidir el ambiente educativo tradicional (donde el proceso de enseñanza y aprendizaje está dirigido al grupo en su totalidad) con el que las mismas requieran, (adquisición de conocimiento individual de sus integrantes -resolución de problemas, pensamiento abstracto, la interpretación y la anticipación)

○ Evaluación de competencias

Combinará, la dimensión grupal, unidad o sector, con la dimensión individual, buscando la confluencia entre el comportamiento individual y el resultado como sector y como organización social. Tratará de incorporar en la cultura de la organización la necesidad de evaluar la productividad, entendida ésta como relación entre la cantidad de recursos humanos de cada unidad funcional (con horarios equivalentes) y la cantidad de productos (con calidad homogénea determinada).

Es un proceso de recolección de evidencias de desempeño, conocimientos, habilidades, etc, en relación con una norma de competencia laboral. (ALLES, Martha. 2003)^{3a}.

Sus pasos serían:

- definición de objetivos
- recolección de evidencias, comparación de evidencias con los objetivos
- formación de un juicio

Y se caracterizará por:

- centrarse en los resultados de desempeño laboral
- desarrollarse en un tiempo no determinado
- realizarse de manera individual
- Sin vínculos a cursos o programas de estudio
- no comparación de diferentes individuos
- no utilización de escalas de puntuación
- su resultado será competente o aún no competente

También puede permitir visualizar el cumplimiento de objetivos formativos:

- La calidad de la formación del personal
- De la transferencia de la formación
- De la calidad del aprendizaje

o Evaluación de la rentabilidad y utilidad de la formación, evaluación de la calidad.

Este enfoque es de crucial importancia dado que cualquier sistema de formación debe incluir necesariamente una medición del impacto que los procesos de gestión de recursos humanos y de formación en sí tienen para la organización.

o Certificación de competencias

Permite a los trabajadores saber lo que se espera de ellos, y a los gerentes les permite saber qué competencias son las necesarias para su organización. En las organizaciones con trabajadores del conocimiento (alto grado de plantel profesional con conocimientos específicos, como el caso de un hospital) permite saber qué orientación se le dará a la currícula de capacitación.

3. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

La profunda y prolongada crisis por la que todavía estamos transitando como país ha afectado, en un grado aún no bien medido, la salud de la población y el funcionamiento de los servicios públicos. También es necesario remarcar, aunque sea repetitivo, que la situación sanitaria de la provincia es de extrema gravedad y que ya no tolera la actual dispersión y redundancia en el uso de recursos. La situación sanitaria de la provincia se podría haber descrito de la siguiente manera (*MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 2004*)^{20c}:

Insuficiencia en la cobertura de los servicios de salud y baja calidad de sus prestaciones

Extrema fragmentación de las actividades administrativas y programáticas lo que llevó a una ineficiencia paralizante

Centralización de la administración dada por una organización plana dependiente de un cuerpo colegiado de alta rotación

Modelo de servicios no funcional centrado en la atención a la demanda con escasa orientación a la promoción de la salud

Alta mortalidad y morbilidad evitable, especialmente materno infantil, y ausencia de programas integrados orientados a la mujer, al niño, al adolescente, al adulto y la tercera edad.

Escasa coordinación intersectorial

Inequidad en la distribución de los recursos y una migración del personal de la red de servicios a las oficinas centrales y hospitales de referencia, que lleva a los establecimientos periféricos a una situación límite.

Inexistente capacidad de rectoría del Ministerio de Salud Pública y muy baja gobernabilidad del SIPROSA

Escasa relación con el Sector Privado

Nula administración de tecnología

Relación conflictiva con otras instituciones del sector (Obra social, PAMI y Municipios), no conducentes a un enfoque general sobre la salud de la población

Tafí del Valle y 5258.57 en el departamento Capital.

3.4 Situación organizacional de los hospitales de mediana y alta complejidad

En la evolución histórica de la salud pública de la provincia los hospitales han mostrado tener una autonomía exacerbada para el desarrollo de servicios. Con el resultado del aumento de la complejidad con un grado de desarrollo y complejización comparable con su grado de anarquía interna.

Esto, evidenciado por la hipertrofia de servicios sin criterios sanitarios, o de producción y de control de la calidad brindada.

Si consideramos a la totalidad de los hospitales como un sistema, podemos observar duplicación de prestaciones, la falta de registros normatizados, la carencia de un control de objetivos de la red hospitalaria en general y de su impacto en la salud de la población, probablemente, originada en:

- 1) Falta de liderazgo organizacional sin metas claras para los hospitales.
- 2) Falta de una sistematización del control, consecuencia lógica de una falta de definición de la razón de ser de los hospitales.
- 3) Necesidad de supervivencia organizacional, del hospital, en un ambiente incierto, voluble, y de riesgo (históricamente han sido afectados por corte de las cadenas de pagos, riesgo de corte de servicios esenciales, riesgo político para sus directivos, etc.)

Ante un sistema sanitario con políticas sanitarias claras, con objetivos y metas definidas, con una clara intención de eficientizar el sistema, ha ocurrido un cambio de paradigma de la función de los efectores sanitarios y con ello se ha explicitado la necesidad de nuevas capacidades organizacionales y de sus mandos directivos.

En resumen, la situación hospitalaria presenta:

- 1) Escasa autonomía financiera manifestada por incapacidad para la toma de decisiones descentralizadas.
- 2) Inexistente planificación estratégica en relación a la atención de la demanda manifestada por la coexistencia de hospitales con sobreutilización de recursos y otros donde los mismos son subutilizados.
- 3) Falta de capacidad de gestión de los mandos medios y superiores de los hospitales
 - a. Método de liderazgo paternalista con uso de herramientas para la concentración de poder personal

- b. El ejercicio de la motivación sobre los recursos humanos para la consecución de los objetivos institucionales, es usada en forma ocasional y sin una metodología reconocible
 - c. La comunicación intrainstitucional es un proceso prácticamente ausente
 - d. No existe un sistema de toma de decisiones estratégicas. Están focalizados en la resolución de problemas del día a día resolviendo urgencias.
 - e. No existe metodología de control de gestión, salvo en las áreas administrativas siendo su desarrollo escaso y solo respondiendo a las necesidades de los procesos de auditoría externa
 - f. Ausencia de objetivos de mejora de rendimiento y perfeccionamiento para la mejora de las capacidades institucionales
- 4) Ineficiente utilización de recursos
- 5) Falta de coordinación de acciones entre
- a. Hospitales
 - b. De los servicios intrahospitalarios
 - c. De los servicios interhospitalarios (emergencias – compras de insumos – etc)
 - d. De servicios especializados entre sí, observándose una total falta de coordinación entre especialistas de la misma área
- 6) Falta de gestión de calidad de la atención médica en su sentido más amplio.
- a. Ausencia de herramientas para el control de gestión y la toma de decisiones en forma eficiente
 - b. Trabajo orientado a satisfacer las necesidades del personal interno y no focalizado en las necesidades del paciente
 - c. Falta de comunicación y conocimiento de los derechos de los pacientes por parte del personal administrativo, médico y paramédico como de la comunidad en general.
 - d. Escaso compromiso del personal sanitario
 - e. Falta de criterios comunes para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes
 - f. Falta de conocimiento de las necesidades de la comunidad que es usuaria del hospital
 - g. Ausencia de comités de calidad
- 7) Inexistente comunicación intrahospitalaria.

- a. Los mandos directivos utilizan la información como fuente de poder y no como herramienta de mejora de los procesos de atención
 - b. Inexistente comunicación de los objetivos institucionales del SIPROSA y el rol del hospital en la consecución de dichos objetivos
 - c. Inexistente comunicación de los objetivos hospitalarios para el personal del mismo y la comunidad
 - d. Sistema de señalización deficiente
- 8) Escaso manejo de la información como herramienta para la toma de decisiones.
 - 9) Deficiente gestión administrativa

3.5 Situación de los recursos humanos en los hospitales de mediana y alta complejidad

La gestión de los recursos humanos está determinada por el ámbito donde se desarrolla y la carencia histórica de una visión estratégica del aporte de los recursos humanos como el activo intangible más importante en una organización con objetivo social ha llevado a la situación diagnosticada por la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública:

- 1) Inexistencia de la capacidad de planificación. Esta fuertemente relacionada con la falta de un diagnóstico de las necesidades reales de recursos humanos, actualizado y que contemple vacantes y necesidades futuras. Esta problemática esta agravada por la falta de capacidad para la gestión de proyectos que solucionen la situación. Un ejemplo de esto es la falta de avances significativos en la implementación del Observatorio de Recursos Humanos, una iniciativa de OPS/OMS y del Ministerio de Salud de la Nación, destinada a dar respuesta a éstas necesidades.
- 2) En la Provincia de Tucumán, debido a la fuerte presencia universitaria de la Facultad de Medicina, Bioquímica y Farmacia, Psicología, Odontología, y la Escuela Universitaria de Enfermería y el sistema de residencias existe una comunidad científica fuertemente integrada, con asociaciones profesionales dedicadas a la formación y actualización de los profesionales del medio y de la comunidad. Esta situación ventajosa desde el punto de vista del conocimiento científico esta limitada por la falta de una estrategia de capacitación en aspectos prioritarios de salud pública, falta de formación profesional de administradores sanitarios y del desarrollo del talento de aquellos recursos humanos con capacidad de liderazgo.

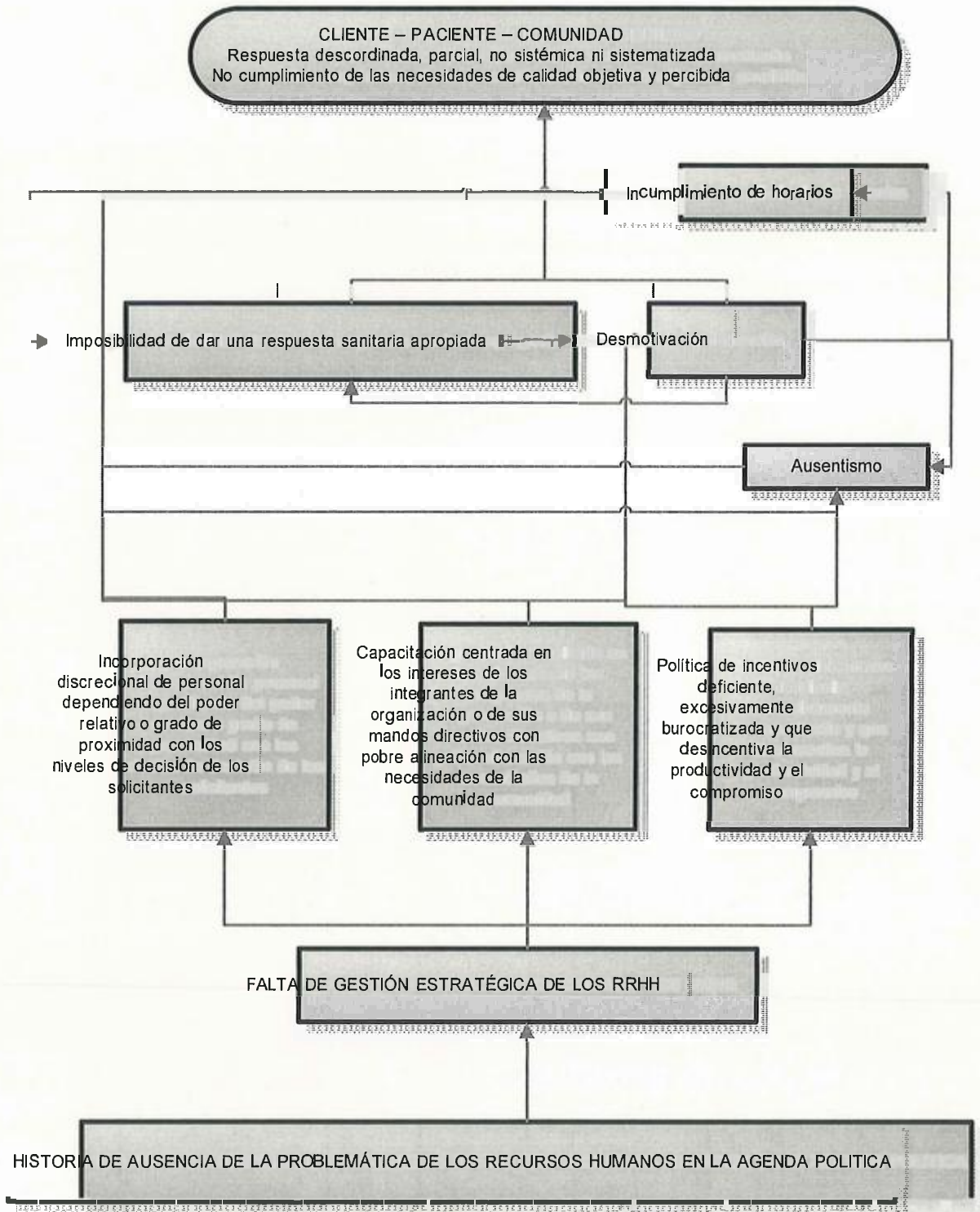
- 3) Ausencia de plan de incentivos. El SIPROSA adolece como la mayor parte de la administración pública de sistemas adecuados de incentivos positivos y negativos. Esto está determinado por las características de la administración burocrática que hace que sea dificultoso premiar a aquellas personas con desempeños óptimos y al mismo tiempo sancionar a aquellos con desempeños deficientes.

De acuerdo a los problemas identificados, se construyó un árbol de problemas (Gráfico N° 5) combinando los problemas, con el nivel del sistema sanitario y la dimensión analizada con la misma perspectiva de las dimensiones de la cadena de generación de valor y el mapa estratégico.

Es necesario resaltar que durante la realización del presente trabajo a nivel de meso gestión se han realizado acciones tendientes al fortalecimiento de la capacidad de rectoría del nivel central del SIPROSA con avances concretos en la coordinación del sistema y la definición de los lineamientos de las políticas sanitarias referidas al sistema hospitalario.

Árbol de problemas y relaciones de causalidad
e im acto spcial

GRAFICO N° 5.



3.6 Diccionario de competencias específicas para conducción hospitalaria

Los mandos directivos fueron identificados como el principal actor en la implementación de las políticas sanitarias y del proceso de incorporación de tecnologías expertas.

La importancia del rol que desempeñan se puede dimensionar cuando se tienen en cuenta algunas características históricas de la gestión hospitalaria en la provincia de Tucumán en 30 años de historia del sistema de salud. Como ejemplos se pueden mencionar la falta de un abordaje estratégico por parte del nivel central de la problemática hospitalaria, un sistema excesivamente burocratizado que impide la toma de decisiones descentralizadas y rápidas, la falta de un sistema de mérito para la asunción de los cargos directivos.

Consideramos que la gestión por competencias es una herramienta fundamental en la gestión de los recursos humanos y permite un abordaje óptimo desde el punto de vista de su contribución en la generación de valor para la comunidad, mejorando sus condiciones de vida.

Dicho potencial está dado por considerar todos los aspectos que hacen a la gestión estratégica de recursos humanos con el objeto de mejorar las capacidades de los trabajadores, implementar un sistema de selección de personal basado en las necesidades organizacionales, promover el seguimiento de la evolución del desarrollo del talento de su capital humano e incluir aquellos problemas que serán estratégicos para la organización en el mediano y largo plazo, como lo son los planes de sucesión para los mandos medios y altos.

3.6.1. Metodología

La metodología de trabajo se basó en la creación de un listado de competencias específicas para mandos directivos (ALLES, Martha. 2004)^{4d}.

Para la confección de la lista de competencias se tuvo en cuenta el proceso de análisis ocupacional mediante la identificación a través de la observación, la entrevista y el análisis de las actividades y requisitos de los profesionales y los factores técnicos y ambientales del cargo (PUCHOL, Luis. 2003)²⁷. Esto comprendió la tarea de identificación de las tareas de los mandos directivos hospitalarios así como las habilidades, conocimientos, aptitudes y responsabilidades que se requieren de los mismos para la ejecución satisfactoria de su ocupación, que permiten distinguirla de todas las demás. (AGUDELO, Santiago.1995)⁴. Para

la elaboración del listado de competencias además se tuvo en cuenta la realización de un análisis funcional o análisis de las funciones que tiene la finalidad de identificar aquellas que son necesarias para el logro del propósito principal, es decir, reconocer –por su pertinencia- el valor agregado de las funciones. En su elaboración se siguieron reglas orientadas a mantener la uniformidad de criterios para la identificación del “Propósito Clave” del área de la dirección hospitalaria como punto de partida para enunciar y correlacionar las funciones que deben desarrollar las personas para lograrlo, hasta especificar sus contribuciones individuales”¹.

Una vez elaborado el listado de competencias y sus características se realizó la distribución del mismo entre los integrantes del Gabinete del Ministerio de Salud, el Secretario Ejecutivo Médico del SIPROSA e integrantes del Equipo de Calidad de Servicios de Salud encargado de la implementación de nuevos procesos de gestión.

Se explicó en forma verbal y escrita la metodología y la consigna dada fue “elegir seis opciones que considerara de mayor relevancia del listado de competencias específicas para mandos directivos hospitalarios (directores, subdirectores y gerentes).

Se asignó un valor relativo a sus repuestas de acuerdo al cargo formal que ocupaban. También se explicó que podrían realizar todas las consideraciones que podrían contribuir al armado del diccionario.

Se consideró que todos los integrantes a quienes se distribuyó el cuestionario tienen conocimiento experto teórico-práctico en gestión sanitaria por su experiencia y su nivel de educación de postgrado en gestión sanitaria (especialistas y magísteres). El puntaje asignado según la posición formal dentro de la estructura sanitaria fue la siguiente.

- | | |
|---|------------------------|
| i. Secretario Ejecutivo Médico | 5 puntos por respuesta |
| ii. Subsecretarios y Jefe de Gabinete | 4 puntos por respuesta |
| iii. Coördinadores | 3 puntos por respuesta |
| iv. Jefes de equipo (Calidad 1 y 2) | 2 puntos por respuesta |
| v. Personal no jerárquico (Calidad 3 y 4) | 1 punto por respuesta |

El listado incluyó las siguientes competencias

a) Liderazgo

¹ SENA, Dirección de Empleo. Metodología para la elaboración de normas de competencia laboral, Bogotá, 2003. CINTERFOR/OIT en www.cinterfor.org.uy

- b) Liderazgo para el cambio
- c) Pensamiento estratégico
- d) Integridad
- e) Trabajo en equipo
- f) Empowerment
- g) Relaciones públicas
- h) Habilidades mediáticas
- i) Orientación a los resultados
- j) Iniciativa
- k) Competencia del náufrago
- l) Desarrollo de su propio equipo
- m) Modalidades de contacto
- n) Dinamismo – energía
- o) Orientación al cliente
- p) Cosmopolitismo
- q) Empreunial

El número total de participantes en la definición de competencias específicas principales y secundarias para cargos directivos de los hospitales fue de 13 personas (una de las cuales no contestó el cuestionario – Subsecretario 4-)

Estas personas son referentes de la gestión sanitaria provincial teniendo a su cargo la supervisión general del sistema. Son los responsables de la totalidad de los temas relacionados con la política sanitaria, lo que permite que tengan una visión amplia y profunda de cuales deberían ser las capacidades de los mandos directivos hospitalarios.

3.6.2 Recolección y análisis de datos

En la recolección de datos se descartaron aquellas opciones que no fueron elegidas por ningún participante de la encuesta.

Al analizar el Gráfico N° 6 y el Gráfico N° 7, tanto desde las respuestas totales (cantidad de veces que una opción fue elegida) como desde el total de puntos obtenidos (puntos de acuerdo a la posición administrativa del votante) se puede apreciar que coinciden las competencias elegidas aunque no el orden.

Desde el punto de vista de las seis competencias más elegidas de acuerdo al número de veces que fueron votadas, en orden decreciente: 1) pensamiento estratégico, 2) liderazgo, 3) desarrollo de su propio equipo, 4) liderazgo para el cambio, 5) orientación a los resultados y 6) orientación al cliente.

Mientras que si analizamos las respuestas de acuerdo al puntaje obtenido en base al valor otorgado a los votos de cada encuestado el orden en forma decreciente sería. 1) pensamiento estratégico, 2) desarrollo de su propio equipo, 3) liderazgo, 4) liderazgo para el cambio, 5) orientación a los resultados y 6) orientación al cliente.

La única diferencia en el orden esta en el punto número 2) donde en el Gráfico N° 6 se observa que ésta opción esta ocupada por “liderazgo”, mientras que en el Gráfico N° 7 este lugar lo ocupa la competencia “desarrollo de su propio equipo”.

GRAFICO N°6
Votos totales por
opción

	Sec. Ejec. Médico	Subsecretario 1	Subsecretario 2	Subsecretario 3	Subsecretario 4	Jefe de Gabinete	Coordinador 1	Coordinador 2	Coordinador 3	Calidad 1	Calidad 2	Calidad 3	Calidad 4	TOTALES
Liderazgo		1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	10
Liderazgo para el cambio	1	1	1	1			1		1			1		7
Pensamiento estratégico	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	12
Desarrollo de su propio equipo	1	1	1	1		1	1		1	1		1		9
Orientación a los resultados	1	1					1	1	1			1		6
Integridad	1								1			1	1	5
Trabajo en equipo			1						1	1			1	4
Empowerment						1		1	1				1	4
Habilidades mediáticas						1		1					1	3
Iniciativa								1						1
Modalidades de contacto				1		1							1	3
Dinamismo - energía			1								1			2
Orientación al cliente	1	1							1	1	1	1		6
	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6	72

También se consideró significativas las respuestas con el 30% o más de los votantes, en éste orden se pueden nombrar 1) integridad, 2) trabajo en equipo y 3) empowerment.

GRAFICO Nº 7

Respuestas y puntaje
de acuerdo a la
posición del
encuestado

	Sec. Ejec. Médico	Subsecretario 1	Subsecretario 2	Subsecretario 3	Subsecretario 4	Jefe de Gabinete	Coord nador 1	Coord nador 2	Coord nador 3	Calidad 1	Calidad 2	Calidad 3	Calidad 4	TOTALES
Liderazgo	0	4	4	4		4	3	3		2	2	1	1	28
Liderazgo para el cambio	5	4	4	4	0	0	3	0	3	0	0	1		24 0
Pensamiento estratégico	5	4	4	4	0	4	3	3	3	2	2	1		36 1
Desarrollo de su propio equipo	5	4	4	4	0	4	3	0	3	2	0	1		30 0
Orientación a los resultados	5	4	0	0	0	0	3	3	3	0	0	1		19 0
Integridad	5	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	0	1	13
Trabajo en equipo	0	0	4	0	0	0	0	3	0	2	0	0	1	10
Empowerment	0	0	0	0	0	4	3	3	0	0	0	0	1	11
Habilidades mediáticas	0			0	0	4	0	0	3	0	0		1	0 8
Iniciativa		0	0	0	0	0	4	0	0	0	0		0	0 4
Modalidades de contacto	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0			2	0 10 0
Dinamismo - energía	0	0	4	0	0	0	0	0	0			0	2	0 6 0
Orientación al cliente	5	4	0	0	0	0	0	0	3			2	2	1 17 0
	30	24	24	24		24	18	18	18	12	12	6	6	216

Desde el punto de vista del análisis de las respuestas elegidas por el 50% o más de los participantes de la encuesta se evidencia una coincidencia significativa de cuales son las capacidades percibidas como necesarias para los cargos directivos de los hospitales de mediana y alta complejidad de la provincia de Tucumán.

Otros datos para el análisis de los resultados están dados por que todos (100% de los encuestados) los participantes de la encuesta han considerado a la opción “pensamiento estratégico” como necesaria. Debemos tener en cuenta que el pensamiento estratégico está relacionado con la capacidad de planificación, de la construcción de escenarios para la toma de decisiones, la experiencia, el conocimiento técnico sobre gestión sanitaria.

En cuanto a las opciones “liderazgo” y “liderazgo para el cambio” en consideración de las nuevas necesidades en gestión que se han generado. Pero si bien se realizó un desdoblamiento teórico a los fines de conseguir una mayor precisión de acuerdo a las necesidades imperantes en el sistema sanitario es interesante analizar el alto número de respuestas para las dos opciones (83,3% para la opción “liderazgo” y el 58,3% para la opción “liderazgo para el cambio”).

Es llamativo el bajo número de respuestas que obtuvo la opción “iniciativa” y quizá sea necesario tener en cuenta que esta opción esta implícita en la definición proporcionada en dos de las opciones que obtuvieron mayor número de votos y puntaje que son “liderazgo” y “liderazgo para el cambio”, fuertemente relacionadas con la capacidad de tener iniciativa, e inclusive también está fuertemente con el resto de las opciones.

3.6.3 Diccionario de competencias específicas principales

De acuerdo a los resultados obtenidos se definió un diccionario de competencias de específicas principales para los mandos directivos hospitalarios (Director, Subdirector y Gerente Administrativo) para los hospitales de mediana y alta complejidad del Sistema Provincial de Salud de la Provincia de acuerdo a las opciones que tuvieron 50% o más de los votos y, coincidentemente las que tuvieron mayor número de puntos.

Pensamiento Estratégico

Es la habilidad para comprender rápidamente los cambios del entorno, las oportunidades del medio, las amenazas competitivas y las fortalezas y debilidades del propio hospital a la hora de identificar la mejor respuesta estratégica. Incluye la capacidad de determinar que servicios debe proveer y cuales no, y la manera más adecuada de gestionarlos para obtener un mayor beneficio sanitario y social. Es la capacidad para detectar nuevas oportunidades de brindar servicios a la comunidad alineados con las políticas sanitarias provinciales.

Desarrollo del propio equipo

Es la habilidad de desarrollar el equipo hacia adentro de la institución; el desarrollo de los propios recursos humanos. Supone facilidad para la relación interpersonal y la capacidad de

comprender que la repercusión que las acciones personales tienen sobre el éxito de las acciones de los demás. Incluye la capacidad de crear adhesión, compromiso y fidelidad.

Liderazgo

Es la habilidad necesaria para orientar la acción de los grupos humanos en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios de desarrollo de la acción de ese grupo. La habilidad para fijar objetivos, el seguimiento de dichos objetivos y la capacidad de dar feed-back, integrando las opiniones de los otros. Establecer claramente directivas, fijar objetivos y prioridades y comunicarlos. Tener energía y transmitirla a otros. Motivar e inspirar confianza. Tener valor para defender o encarnar creencias, ideas y asociaciones. Manejar el cambio para asegurar competitividad y efectividad a largo plazo. Plantear abiertamente los conflictos para optimizar la calidad de las decisiones y la efectividad de la organización. Proveer coaching y feedback para el desarrollo de los colaboradores.

Liderazgo para el cambio

Es la habilidad de comunicar una visión de la estrategia de la organización que hace que esa visión parezca no solo posible sino también deseable para los mandos superiores, creando en ellos una motivación y un compromiso genuinos; actúa como sponsor de la innovación y los nuevos emprendimientos; consigue que la organización afecte recursos para la instrumentación de cambios constantes.

Orientación a los resultados

Es la capacidad para actuar con velocidad y sentido de urgencia cuando se deben tomar decisiones importantes, necesarias para superar a los competidores, responder a las necesidades del cliente o mejorar la organización. Es la capacidad de administrar los procesos establecidos para que no interfieran con la consecución de los resultados esperados.

Orientación a los clientes

Radica en el deseo de ayudar o servir a los clientes, pacientes, comunidad, de comprender y satisfacer sus necesidades. Implica esforzarse por conocer y resolver los problemas del paciente/cliente/comunidad, tanto aquel que se encuentra al final del proceso de servucción

del hospital, como de todos aquellos que cooperen en la relación hospital-paciente-comunidad, como los proveedores y el personal de la organización.

4. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha tenido como objetivo la identificación de competencias para los mandos directivos de los hospitales de mediana y alta complejidad del SIPROSA como primer paso para abordar la gestión estratégica de recursos humanos.

La metodología desarrollada ha permitido además mostrar y demostrar la alineación de los niveles de decisión política y técnica del Ministerio de Salud Pública y del SIPROSA. Siendo esta coincidencia de criterios una fortaleza que brinda una oportunidad firme para el desarrollo de un nuevo modelo de gestión de recursos humanos en el ámbito sanitario público.

Se debe destacar además que los participantes que fueron encuestados tienen un alto desarrollo de las competencias identificadas dentro de las encuestas como las óptimas para los cargos directivos hospitalarios y el principal desafío será el desarrollo de estas competencias en los niveles medios del SIPROSA.

4. BIBLIOGRAFIA

- 1) AGUDELO, Santiago. CINTERFOR/OIT. Metodología para la elaboración de normas de competencia laboral. 2003. Bogotá. CINTERFOR/OIT.
- 2) ALLES, Martha. Desarrollo del talento humano. 2005. Buenos Aires. Granica S.A..
- 3) ALLES, Martha. Elija al mejor. Como entrevistar por competencias. Segunda edición. 2003. Buenos Aires. Granica S.A.
- 4) ALLES, Martha. Gestión por competencias. El diccionario. 2005. Buenos Aires. Granica S.A. a, b,c,d
- 5) ALLES, Martha. Diccionario de comportamientos. 2004. Buenos Aires. Granica S.A.
- 6) BAKKE E. Concept of the social organization in modern organization theory. 1959. New York. Haire/Wiley.
- 7) BECKER Brian E., HUSELID Mark A., ULRICH Dave. Cuadro de mando de recursos humanos en la empresa. 2002. Barcelona. Gestión 2000 S.A. a, b,
- 8) BRITO QUINTANA. OPS/OMS. Programa de desarrollo de recursos humanos. 1999. OPS/OMS
- 9) BUNK, G.P. CINTERFOR/OIT. La transmisión de las competencias en la formación perfeccionamiento profesionales en RFA. Revista CEDFOP N°1 .1994. www.cinterfor.org.uy.
- 10) DAL POZ, M. OPS/OMS. Recursos humanos: Factor crítico de las reformas de salud. 1998. Costa Rica. OPS/HSR.
- 11) DIAZ, Carlos. Instituto Universitario ISALUD. El pequeño gestión ilustrado. 2005. Buenos Aires. ISALUD.
- 12) DUCCI, María Angélica. CINTERFOR/OIT. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. 1993. Ginebra. www.cinterfor.or.uy.
- 13) GONCZI, Andrew. ATHANASOU, James. Instrumentos de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia.1996. Ed. Limus. A
- 14) HALL, RH. Organizaciones, estructura y proceso. 1983. Madrid. Prentice Hall.
- 15) HARVARD BUSINESS REVIEW. Comunicación eficaz. 2000. Bilbao. Deusto, S.A.

- 16) KAPLAN Robert. NORTON P. Mapas Estratégicos. 2004. Barcelona. Gestión 2000 S.A.. a
- 17) KAPLAN Robert. NORTON P. The balanced scorecard: translating strategy into action. Segunda edición. 2000. Barcelona. Gestión 2000 S.A.. a
- 18) MCCLELLAND D.C.. Human Motivación. 1999. Cambridge. Cambridge University Press.
- 19) MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Primeras Jornadas de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Gobierno de Tucumán.. 2004. OPS/OMS. a
- 20) MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Plan Cuatrienal 2004-2007. Gobierno de Tucumán. 2004. OPS/OMS. abc
- 21) MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Memoria Anual 2005. Gobierno de Tucumán. 2006. Tucumán. Ministerio de Salud Pública. ab
- 22) MINTZBERG, H. El poder en la organización. 1992. Barcelona. Ariel.
- 23) MOTTA, Paulo R.. Desempeño en equipos de salud. OPS/OMS. Primera Edición. 2001. Brasil. FGV Editora.
- 24) NOVICK, Marta. GALIN, Pedro. Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. 2003. Buenos Aires. OPS/OMS
- 25) OPS/OMS. Programa de desarrollo de recursos humanos. Estudio Delphi: Problemas presentes y futuros de los recursos humanos en Salud. 2002. OPS/HSR.a
- 26) PORTER, LW, LAWLER, EE, HACKMAN, JR. Behavior in organizations. 1975. New York.
- 27) PUCHOL, Luis. El libro de las habilidades directivas. 2003. Madrid. Díaz de Santos, S.A.
- 28) SCHEIN, EH. Psicología de la organización. 1982. México. Prentice Hall. a
- 29) VARO, Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. 1994. España. Diaz de Santos, S. A. a

